

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

EIN UMWEG SCHENKT EIN
LÄNGERES LEBEN

im Fokus

KONGRESSNACHLESE
2024

06 | 11 | 2024

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

DGCH

Präsidentin: Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Udo Rolle,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel: +49 (0)30 76180 625
www.schaefermueller.de

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
Tel: +49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/Zuki

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe unter IVW-Mitgliedschaft.



Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber Angehörige aller Geschlechter.



INHALT

1 EDITORIAL

1 DCK 2024 *Christiane Bruns*

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6 S3-Leitlinie: Klinische Ernährung in der Chirurgie
Arved Weimann et al.

14 CHIRURGIE+

14 Akademie aktuell: Wundmanagement als Fortbildung neu gedacht
Wolfgang Schröder

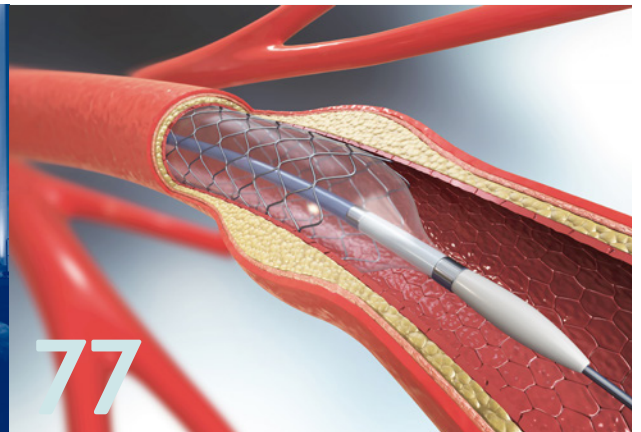
16 Safety Clip: „Wenn der Roboter den Tupfer reicht“:
Das Potenzial der Robotik im Gesundheitswesen
Sabine Kraft

21 Hygiene-Tipp: Achtung bei Wechsel der Händedesinfektionsmittel
Lutz Jatzwauk, Walter Popp, Wolfgang Kohnen

22 Personalia

23 RECHT

23 F+A: Zahlungsverhalten von Privatkassen-Patient
Jörg Heberer



24 GESUNDHEITSPOLITIK

- 24 Zentrum oder Zentrale
Carsten Krones, Daniel Vallböhrer
- 24 **BDC-Praxistest:** Centralisation of surgery in Sweden
Linus Axelsson
- 30 Interview mit den Leitenden der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie
- 34 **Berufspolitik Aktuell:** Lauterbach und die Mär von der „doppelten Facharztschiene“
Jörg-A. Rüggeberg

35 INTERN

- 35 **DGCH**
- 35 Kommentar des Generalsekretärs
- 39 Sehr persönlich nachgefragt bei Tim Vilz
- 41 Bericht zur Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen der AWMF
Joachim Jähne
- 43 Eröffnungsrede zum 141. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DCK 2024
- 48 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 50 Überblick Vergabe von Preisen, Stipendien und Ehrungen der DGCH
- 52 Wahl des Präsidenten 2025/26
- 54 Impressionen vom DCK 2024
- 56 Einladung zum DCK 2025 – Sichere Chirurgie für Alle
- 59 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung

- 61 Die Erstbeschreibung eines Verschlussikterus infolge eines inkarzierten Papillensteines bei Choledocholithiasis durch den Chirurgen Rose 1785
Michael Sachs
- 64 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 67 DGCH-Präsidium ab 01. Juli 2024
- 68 **BDC**
- 68 Rückblick auf die BDC-Mitgliederversammlung 2024
- 70 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dirk Farghal
Olivia Päßler
- 73 Termine BDC|Akademie

76 VERNETZT

- 76 Komplette Beinbehandlung mit der Sklerotherapie

77 PANORAMA

- 77 Ein Umweg schenkt ein längeres Leben
Sabine Hoffmann



DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

Herzlich Willkommen

Eröffnungsveranstaltung
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.



AUS DER
DGCH

Kommentar des Generalsekretärs

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

die DGCH kann Kongress! Der DCK 2024 war aus unserer Sicht ein voller Erfolg und wir können der Präsidentin Frau Professor Christiane Bruns und ihrem Team nur herzlich gratulieren und danken. Mit über 5.000 Teilnehmenden konnten wir die Besucherzahlen auf jetzt sehr hohem Niveau stabilisieren. Alle neuen Konzepte, wie die „Arena“, die Future Technology Corner und die Konzentration auf Robotik, KI und virtuelle Realität konnten überzeugen und haben ungleich früherer Kongresse auch ein junges Publikum angezogen. Besonderes Interesse fanden verständlicherweise die Veranstaltungen zu den Reformen im Gesundheitswesen und zu den Planungen zur Sanitätsversorgung im Krisenfall. Auch haben wir uns über den großen Zulauf bei den internationalen Sitzungen, die erneut einen ganzen Saal über drei Kongress-tage gefüllt haben, gefreut. Wir haben allen Grund, alle Konzepte beizubehalten, wie etwa

die Aufteilung des Kongresses in einen digitalen und einen Präsenzteil. Auch im Präsenzteil wurde in zwei Säle, darunter der internationale Saal, komplett online übertragen. Diese Inhalte stehen ab jetzt komplett online zur Verfügung. Bei Interesse können Sie sie über die DCK-Webseite (www.dck2024.de/) bis September 2024 aufrufen. Mit all den neuen Formaten wird man den Kongress in Zukunft vielleicht einmal als Zeitenwende betrachten. In jedem Fall aber scheint die Gesundheitspolitik unter den Vorzeichen einer Zeitenwende zu stehen, zumindest wenn die Reformpläne gelingen und sich auch als positiv erweisen. Im BMG arbeitet man jedenfalls zurzeit mit Hochdruck an etlichen Gesetzesentwürfen. Die Auswirkungen auf die chirurgischen Fächer sind dabei ganz unterschiedlich. Je spezialisierter ein Fach ist, umso geringer werden die möglichen Auswirkungen sein. Finanzierungsroutinen, Zentralisierung von komplexen Leistungen und die länderspezifische Zuordnung von Leistungsgruppen werden die Krankenhauslandschaft ganz schön



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

DGCH-Präsident 2019-20

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

durcheinanderwirbeln. Krankenhäuser und Verbände wird dies die nächsten zehn Jahre ganz erheblich beschäftigen. Veränderungen gleich welcher Art sind aber alternativlos. Fehlgeleitete Anreize der Finanzierung und ein zu erwartender erheblicher Mangel an Fachkräften bieten keine andere Wahl mehr. Ich denke, wir sollten den Reformvorhaben, die sich ja auch teilweise in unseren Nachbarländern bewährt haben, eine Chance geben, aber gleichzeitig darauf drängen, entsprechende Öffnungs- und Entwicklungsklauseln einzubauen. Im Folgenden stelle ich die im Bundesministerium für Gesundheit geplanten Reformgesetzgebungsverfahren im Überblick dar und diskutiere die Auswirkungen auf chirurgische Fächer beziehungsweise die Versorgung chirurgischer Krankheitsbilder.

KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

Der Entwurf hat inzwischen das Bundeskabinett passiert und wird aufgrund der Mehrheitsverhältnisse im Bundestag auch diesen passieren. Die Juristen des Bundesgesundheitsministeriums halten eine Beteiligung der Länder und damit des Bundesrats für nicht erforderlich, da das Gesetz ja „nur die Vergütungsstrukturen“ regelt. Strukturzuteilungen in Form von Leistungsgruppen erfolgen durch die Länderministerien. In NRW soll dieser Prozess Ende des Jahres abgeschlossen sein. Ein wichtiger Prozessschritt wird die Kalkulation der Vorhaltepauschalen sein. Ein erster Aufwurf soll im September durch das INEK erfolgen. Die Kalkulation wird auch aufgrund von Mindestvorhaltezahlen erfolgen. Ein $\pm 20\%$ Korridor soll das quantitative Element reduzieren!? Warten wir es ab. Das Gesetz soll zum Jahreswechsel in Kraft treten. Die finanziellen Konsequenzen würden erst 2027 scharf geschaltet werden. Auch der über zehn Jahre verteilte Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro (50 % durch die Länder und 50 % durch den Gesundheitsfonds, ergo die Krankenkassen finanziert) soll erst 2026 zur Ausschüttung gelangen. Zur Aufrechterhaltung vieler defizitärer Krankenhäuser werden die Länder wohl tief in die Tasche greifen müssen. Zentralisierung und Ambulantisierung als wichtige Teile der Reform werden gerade in der Chirurgie erheblichen Einfluss auf die Weiterbildung

haben. Der Deutsche Ärztetag hat sich diesbezüglich schon geäußert. Diskutiert wird eine Abspeckung der Weiterbildungsordnung und Verlagerung spezieller Inhalte in einen „Bildungsbereich“ für Fachärzte, organisiert durch die Fachgesellschaften. Parallel hierzu müssen Strukturen der Verbundweiterbildung geschaffen werden. Eigentlich ist jetzt schon die Zeit, hierüber nachzudenken. Zu diesen Themen und zur künftigen Finanzierung haben sich die gemeinsame Weiterbildungskommission von DGCH, BDC und chirurgischen Fachgesellschaften (zur Publikation im Deutschen Ärzteblatt) und ein runder Tisch der jungen Foren der chirurgischen Fachgesellschaften (zur Publikation in Die Chirurgie) hierzu geäußert. Insgesamt bleibt abzuwarten, welche Änderungen der weitere Gesetzgebungsprozess bringen wird.

GESUNDHEITS-DIGITALAGENTUR- GESETZ (GDAG)

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, eine Digitalagentur für Gesundheit zu schaffen, um klare und stringente Zuständigkeiten für eine erfolgreiche digitale Transformation im Gesundheitswesen zu schaffen. Es sollte die Nutzung von Gesundheitsdaten für Gemeinwohl-orientierte Zwecke erleichtern. Ein Kernelement des GDAG ist die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle gesetzlich Versicherten ab 2025 (Opt-out-Prinzip); auch soll ein digitales Medikationsmanagement eingeführt werden. Es ist eine echte Tragödie, dass dies immer noch nicht in geordneten Bahnen verläuft. Interessant ist, dass Privatversicherte und Beihilfempfänger ausgenommen sind.

VERORDNUNGEN ZUR ÄNDERUNG DER ARZNEIMITTEL- VERSCHREIBUNGS- VERORDNUNG (AMVV)

Die im Mai 2024 erlassene 21. Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) ermöglicht die elektronische Verschreibung von Betäubungsmitteln. Die Verordnung erweitert ferner die Verschreibungsbefugnisse von Apotheker:innen und Heilpraktiker:innen. Weiterhin enthält sie spezifische Richtlinien für die Verschreibung von Arzneimitteln an Kinder. Dies soll die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlung

gewährleisten. Auch werden strengere Vorschriften für die Verschreibung von Antibiotika erlassen, um den übermäßigen Einsatz zu reduzieren und die Resistenzentwicklung zu bekämpfen.

LEBENDORGANSPENDE-REFORM

Der von uns bereits positiv kommentierte Gesetzentwurf zur Lebendorganspende-Reform ist ein großer und wichtiger Schritt zur Verbesserung der Organspende in Deutschland. Die wichtigsten Punkte:

1. Erweiterung der Spenderkreise: Der Gesetzentwurf ermöglicht es, dass auch enge Freund:innen und nicht verwandte Personen als Lebendspender für Organe infrage kommen. Bisher war dies nur für Verwandte ersten oder zweiten Grades möglich.
2. Stärkung der Entscheidungsbereitschaft: Es sollen durch Informationskampagnen mehr Menschen dazu ermutigt werden, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und ihre Entscheidung zu treffen.
3. Transparenz und Kontrolle: Die Reform soll sicherstellen, dass die Prozesse rund um die Lebendorganspende transparenter werden. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Spender:innen als auch die medizinischen Abläufe.

IOP-GOVERNANCE-VERORDNUNG (GIGV)

Die GIGV soll neue und zukunftsfähige Strukturen, um die IT-Systeme des Gesundheitswesens interoperabel zu machen mit dem Ziel, die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Vernetzung von IT-Systemen zu erleichtern. Auch dies ist eine längst überfällige Maßnahme, um zentral Regeln der IT-Kommunikation zu schaffen. Die Verordnung etabliert eine Koordinierungsstelle, die gemeinsam mit einem Expertengremium Bedarfe identifiziert und Empfehlungen ausspricht. Diese Empfehlungen sollen die Interoperabilität fördern. Mit dem Interoperabilitätsnavigator für digitale Medizin (INA) steht eine zentrale Wissensplattform bereit. Diese dient als Anlaufstelle für Informationen zur Interoperabilität und bietet Orientierung sowie Transparenz über die Struktur und Ergebnisse der Governance. Die GIGV

ermöglicht die Einbindung internationaler Expertise in Arbeitsgruppen, um die grenzüberschreitende Übermittlung und Verwendung interoperabler Gesundheitsdaten zu fördern.

Die GIGV ist ein wichtiger Schritt, um die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern, die Vernetzung von IT-Systemen zu erleichtern und internationale Forschung zu fördern.

GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ (GVSG)

Das Gesetz hat in abgespeckter Form soeben (Ende Mai) das Bundeskabinett passiert. Viele Punkte sind Sparmaßnahmen zum Opfer gefallen, unter anderem die Finanzierung von 5.000 neuen Medizinstudienplätzen. Übrig geblieben ist die Verbesserung der Attraktivität des Hausarztberufs:

- Entfall der Budgetvorgaben für Hausärzte, aber nicht für Fachärzte
- Neue Versorgungspauschalen ersetzen die Quartalslogik
- Anhebung der Bagatellgrenze bei Arzneimittelregressen für Hausärzte und Fachärzte auf 300,- € (bisherige Kosten eines Regressverfahrens 350,- €)
- Besondere Honorierung für bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten und viele Haus- und Heimbefuche

VERBESSERUNG DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

Gemeinden und Städten wird es erleichtert, kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen, um die Versorgung vor Ort besser mitzugestalten.

MEDIZINFORSCHUNGSGESETZ

Das Medizinforschungsgesetz (MFG) hat das Ziel, die Rahmenbedingungen für die Erforschung und Herstellung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte in Deutschland zu verbessern.

- Beschleunigung und Entbürokratisierung: Das MFG zielt darauf ab, Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen sowie Zulassungsverfahren

von Arzneimitteln, Medizinprodukten und forschungsbedingten Strahleneanwendungen (ein extremes Nadelöhr) zu beschleunigen und gleichzeitig hohe Sicherheitsstandards für Patientinnen und Patienten zu wahren

- Dezentrale klinische Prüfungen: Das Gesetz ebnet den Weg für die Durchführung dezentraler klinischer Prüfungen, indem der Sondervertriebsweg für Prüf- und Hilfspräparate erweitert wird.
- Interdisziplinäre Bundes-Ethik-Kommission: Das MFG sieht die Errichtung einer interdisziplinär zusammengesetzten Bundes-Ethik-Kommission beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor. Außerdem wird eine Richtlinienbefugnis des *Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V.* eingeführt.

Die Einführung einer zentralen Ethikkommission wurde von uns wie auch von der DFG kritisch kommentiert, wenn auch einzelne Stimmen hier einen Vorteil für multizentrische Studien sehen. Die Einführung der Richtlinienbefugnis des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen wird von mir als langjährigem Mitglied einer Ethik-Kommission als wichtigster Fortschritt gesehen.

KRANKENHAUS-TRANSPARENZGESETZ

Das Krankenhaustransparenzgesetz (KTG) ist ein wichtiger Bestandteil der geplanten Krankenhausreform in Deutschland und wurde dem KHVVG vorangestellt. Es ist die Antwort des Gesundheitsministers auf die Ablehnung der Leveinteilung der Krankenhäuser durch die Länder. Es schafft die Grundlage für die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser, um Patientinnen und Patienten einen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu ermöglichen.

Ziel: Das KTG zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten Einsicht zu ermöglichen, welche Leistungen ein Krankenhaus anbietet und wie es in Bezug auf Qualität sowie ärztliche und pflegerische Personalausstattung abschneidet.

Veröffentlichung eines Bundes-Krankenhaus-Atlas (BKA): Das Gesetz schafft die Grundlage für die Veröffentlichung eines interaktiven Krankenhaus-Atlas im Internet. Dieser Atlas soll übersichtlich zeigen, welche Klinik welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Dahinter steht ein komplexer Algorithmus, der allerdings auf exakte Informationen angewiesen ist.

Niedrigschwellige Zugänglichkeit für Bürgerinnen und Bürger: Durch das KTG erhalten Bürgerinnen und Bürger unabhängige Informationen über die Leistungsbreite und Qualität der Krankenhäuser.

Nach einer Woche erster Erfahrungen (Ende Mai) muss man vorläufig konstatieren: Gut gemeint, aber schlecht gemacht. Da in der ersten Version noch nicht alle Informationen zur Verfügung stehen (so fließen beispielsweise Daten aus dem INEK erst im Herbst in das System ein), sind die Ergebnisse noch fehlerhaft und bieten auch noch nicht das versprochene Qualitätsniveau. Es wäre wohl besser gewesen, vor Freigabe an die Bevölkerung eine Beta-Testung durch Fachgesellschaften und Patientenvertreter vorzuschalten. Insgesamt könnte hier aber zukünftig ein wichtiges und unabhängiges Instrument der Patientensteuerung entstehen.

GESUNDHEITSDATEN-NUTZUNGSGESETZ (GDNG)

Das GDNG, das am 26. März 2024 in Kraft getreten ist, hat das Ziel, die Nutzung von Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Zwecke zu erleichtern und die Forschung im Gesundheitswesen zu verbessern und dazu beitragen, Deutschland als Forschungsstandort im Gesundheitswesen zu modernisieren und zu stärken. Es ist aus meiner Sicht das am meisten unterschätzte Reformgesetz. Folgende Komponenten werden ermöglicht:

- **Dezentrale Gesundheitsdateninfrastruktur:** Diese Infrastruktur ermöglicht den Zugriff auf Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten für Forschungszwecke.
- **Zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle:** Diese Stelle koordiniert den Zugriff auf Gesundheitsdaten und erleichtert deren Nutzung für Forschungszwecke.
- **Gemeinwohlorientierte Forschung:** Das Gesetz fördert die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke, die ausschließlich dem Gemeinwohl dienen.

DIGITAL-GESETZ (DIGIG)

Das DigiG ist das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Es

wurde im Februar 2024 im Bundesrat final verabschiedet, um die zahlreichen Potenziale der digitalen Transformation in der Gesundheits- und Pflegebranche zu nutzen. Es ist auch die Voraussetzung für das GDNG. Es enthält Regelwerke für die Elektronische Patientenakte (ePA): Ein zentraler Bestandteil des DigiG ist die Einrichtung der elektronischen Patientenakte (ePA), das E-Rezept als verbindlicher Standard, die Nutzung von Gesundheits-Apps, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und die Förderung von Telemedizin.

In Anbetracht der jüngsten Daten zur Mortalität und Letalität wird man nicht umhinkommen, an dem Reformstau zu arbeiten. Wir benötigen eine Qualitätsoffensive und ein höheres Maß an Transparenz. Die Reform wird Gewinner und Verlierer sehen. Nicht jedes Haus wird alles anbieten können. So suchen sie nach Kooperationspartnern, um ihre Stärken auszubauen und schwache Bereiche abgeben zu können. Möglicherweise ist für viele eine Fusion auf Abteilungs- oder Krankenhausebene die Lösung. Dies würde auch das Weiterbildungsproblem entspannen.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen



BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

in Kooperation mit



DER BDC PRÄSENTIERT:

DCK Kompakt 2024

Trends und Innovationen in der Chirurgie als Podcast

DCK Kompakt ist die Nachlese des Deutschen Chirurgie Kongresses, die in diesem Jahr vom Podcast-Team von Surgeon Talk moderiert wurde.

Hören Sie spannende

- Kurz-Interviews zu den wichtigsten Kongressthemen
- aktuelle chirurgische Trends und Herausforderungen
- Entwicklungen in Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung

JETZT REINHÖREN!

www.bdc.de/dck-kompakt2024



Mit freundlicher Unterstützung von






SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI TIM VILZ

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Gefühl, wenn man nach einem langen, komplexen Eingriff den OP-Saal verlässt und zufrieden mit der Arbeit des Teams ist.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Gut durchdachte und gut durchgeführte, randomisiert kontrollierte Studien aus dem viszeralonkologischen Spektrum. Thematisch aktuell vor allem Studien zur Prähabilitation.

Welche Publikation der letzten 2 Jahre halten Sie für einen Game-Changer in Ihrem Fach?

Unsere S3-Leitlinie „Perioperatives Management gastrointestinaler Tumoren“ – sie wird zu einer Optimierung bei der perioperativen Behandlung viszeralonkologischer Patienten führen. Und die Empfehlungen sind gut übertragbar, auf benigne Erkrankungen und andere Fachrichtungen (z. B. Gynäkologie, Urologie)

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Ein E-Book-Reader mit ganz vielen Büchern. Mein Lieblingsbuch ist aber „Der Alchimist“ von Coelho. Ein einfach geschriebenes, wunderschönes Buch voller Hoffnung.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Ich hatte seit meiner Oberstufenzeit immer einen Mentor oder eine Mentorin, die etwas in mir gesehen haben, was mir zunächst selbst nicht bewusst war. Diese Personen haben mich gefördert und gefördert und im richtigen Moment dann laufen lassen. Und dann natürlich der Rückhalt und die Unterstützung meiner Familie.

Was ist Ihre größte Inspiration?

Unser vierjähriger Sohn. Er wacht mit einem Lächeln auf, ist voller Energie und kann sich auch an kleinsten Dingen des Lebens erfreuen.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie? Wie lautet Ihr Habilitationsthema?

Mein Forschungsschwerpunkt ist die perioperative Medizin und deren Einfluss auf den kurzfristigen sowie den onkologischen Outcome und die robotische Rektumchirurgie.

Mein Habilitationsthema lautete „Postoperative Ileus – from Bench to bedside“.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Zwei Dinge: An erster Stelle die robotisch-assistierte onkologische Chirurgie, insbesondere bei erblichen Tumorerkrankungen des Gastrointestinaltraktes. An zweiter Stelle die Implementierung perioperativer Konzepte zur Optimierung des Outcomes.

Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Ein Onboarding-Handbuch für mein Team.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Think Big: Ein standardisiertes perioperatives Konzept für alle operativen Fachrichtungen.

In der Krankenhaus-Politik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Ganz klar die Zentralisierung der komplexen onkologischen Eingriffe, aber unter Berücksichtigung der Aus- und Weiterbildung von Chirurginnen und Chirurgen. Die Weiterbildung insbesondere komplexer Eingriffe ist nämlich aktuell in der Krankenhausreform unzureichend berücksichtigt.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn ich sehe, dass jemand bei der Patientenversorgung hudelet und dann noch versucht, eine Ausrede zu finden.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass mein Verein Borussia Mönchengladbach einmal Meister wird.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ich lasse mir von unserem vierjährigen Sohn die Welt erklären. Dann wirkt alles auf einmal recht einfach.

Ihr wichtigstes Hobby?

An erster Stelle meine Familie. Dann Tauchen, Fußball und meine Street Bob.

Wo werden sie schwach?

Wenn Sie jetzt eine Umfrage unter dem Personal der chirurgischen Klinik des UKB führen würden, hätten Sie mit 100 % Trefferquote die richtige Antwort: Kuchen.

Was bringt Sie zum Lachen?

Situationskomik. Letztmalig heute Morgen, als meine Frau mir Ihre Frisur gezeigt hat. Das Lachen ist mir aber schnell vergangen.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Glückliche Familie, glückliche Patienten, glückliches Team.

Wir gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter*in um?

Schwierig In drei Sätzen: Ursache eruieren. Meist sind es doch unterschiedliche Zielvorstellungen zwischen Team und Mitarbeiter*in. Im Gespräch einen gemeinsamen Nenner finden.

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Onboarding-Gespräch mit Start der Rotation, gemeinsame Ziel definieren, Unterstützung beim Erreichen der Ziele geben, immer wieder Feedback und Updates einholen und geben. Und ganz wichtig: Sich selbst zurücknehmen, wenn es um die Lorbeeren geht.

Muss eine Chirurgin, ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja. Aber wichtiger in der Interaktion mit Patienten finde ich „Mut machen“, „Hoffnung geben“ und „Perspektive bieten“.

Prof. Dr. med. Tim Vilz, FEBS.

Facharzt für Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie
Fellow of the European Board of Surgery (Surgical Oncology)

1. Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Perioperative Medizin
Verheiratet, ein Sohn (vier Jahre), leider Fußballverrückter, #ChirurgieistmehralsOperieren,
Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn. Preisträger...

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

Bericht zur Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen der AWMF

Joachim Jähne



Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
FACS, MBA

Senator der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Diakovere Friederikenstift und
Henriettenstift
Marienstrasse 72-90
30171 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Innerhalb der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) existiert seit vielen Jahren die Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen. Sie findet zweimal jährlich statt.

Die Leitung dieser Veranstaltungsreihe liegt seit November 2023 in den Händen der Professoren Henning Rosenau (Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Rainer Hellweg (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin) und Joachim Jähne, Senator der DGCH. Während Henning Rosenau seit 2012 im Leitungsgremium tätig ist, haben Rainer Hellweg und Joachim Jähne die Nachfolge der Chirurgen Hans-Detlev Saeger und Hans-Friedrich Kienzle angetreten, die den Veranstaltungen in verantwortlicher Position seit vielen Jahren gedient haben. Bei den Treffen des Arbeitskreises werden immer z. T. völlig unterschiedliche Themen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Recht angesprochen. Die bisherige Themenauswahl und z. T. auch die Vorträge sind unter <https://www.awmf.org/die-awmf/veranstaltungen/sitzungsarchiv-aerztinnen-und-juristinnen> abrufbar. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nunmehr regelmäßig von diesen Treffen in der „Passion Chirurgie“ berichtet werden wird, um die Mitglieder der DGCH über diese Aktivitäten zu informieren. Die diesjährige Frühjahrssitzung fand am ersten März-Wochenende und traditionell wiederum in Würzburg statt.

Am Freitagnachmittag wurde die Finanzierung von Krankenhäusern zwischen unbegrenzten Steuergeldern und Insolvenz thematisiert. Prof. Thasler vom Rotkreuzklinikum in München berichtete in seiner Präsentation über die eigenen Erfahrungen in einem Schutzschirmverfahren zur Vermeidung der Insolvenz bzw. zur Schaffung von neuen Strukturen, um die finanzielle Schieflage zu meistern. Anhand eines Fallbeispiels zur Zwangsbelegung im Rahmen der Notfallversorgung bei anderweitig fehlenden Betten/Ressourcen wies er auf die Schwierigkeit der Krankenhausfinanzierung hin. In dem Vortrag wurde deutlich, dass die Unterstützung kommunaler Träger bzw. von Universitätskliniken im Alltag zu einer realen finanziellen Benachteiligung von freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern führt. In diesem Kontext führte Rechtsanwalt Dr. Sieben von der Kanzlei Quaas und Partner aus Stuttgart aus, dass Krankenhäuser zwar ausreichend finanziert werden müssen, die Notwendigkeit eines Defizitausgleiches in der Regel jedoch nicht besteht. Falls doch, so enthält das einfache Recht keine einklagbaren Vorgaben zur Gleichbehandlung und zudem auch keinen einklagbaren Anspruch auf Defizitfinanzierung. Er betonte die grundsätzliche Zulässigkeit kommunaler Förderung, die aus der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie nach Art. 28 Abs. 2 Grundgesetz besteht. Unter Berücksichtigung der Trägervielfalt ergibt sich aus Art. 28 des Grundgesetzes kein Anspruch, da dieser Artikel nur die Rechte der Kommunen regelt, aber daraus keine ableitbaren Rechte Dritter resultieren. Das einfache

Krankenhausfinanzierungsrecht führt insofern nicht weiter. Nach einem BGH-Urteil aus dem Jahr 2016 (I ZR 263/14 (Landkreis Calw)) verstößt zwar eine europarechtswidrige Beihilfe gegen nationales Wettbewerbsrecht. Daraus kann eventuell ein Unterlassungsanspruch privater und/oder freigemeinnütziger Krankenträger folgen. Es ergibt sich daraus aber kein Anspruch auf eigene Förderung bzw. Gleichbehandlung. Zudem hat der Landkreis einen besonderen Sicherstellungsauftrag gemäß des Landeskrankenhausgesetzes, woraus sich eine Sonderstellung gegenüber anderen Trägern rechtfertigt. In dem Vortrag wurde darüber hinaus deutlich, dass es hinsichtlich der DRG-Finanzierung kaum möglich ist, eine Klage bei eventueller Unterfinanzierung einzureichen, da das InEK in seiner Gestaltkonzeption als GmbH nicht beklagbar ist.

Beide Vorträge wurden vom Auditorium, das sich zu gleichen Teilen aus Ärzt:innen und Jurist:innen zusammensetzte, lebhaft diskutiert, wobei insbesondere einige juristische Fragen zur Krankenhausfinanzierung äußerst kontrovers erörtert wurden.

Am nächsten Tag präsentierte Vera von Pentz, Richterin am Bundesgerichtshof und stellvertretende Vorsitzende des 6. Zivilsenats, ein BGH-Urteil zur Haftung für unterbliebene Spätabtreibung aufgrund fehlerhafter pränataler Beratung (VI ZR 295/20). Die initiale Klage beim Landgericht war abgewiesen, der Berufungsklage beim Oberlandesgericht hingegen stattgegeben worden. In der pränatalen Diagnostik war der Verdacht auf eine schwere Behinderung des Kindes geäußert worden, allerdings war nicht in realistischer Weise auf die Möglichkeit einer schweren Behinderung hingewiesen worden. Zur Kausalität ging es insbesondere darum, dass das Risiko einer schweren Behinderung nach sachverständiger Aussage bei circa 12 % lag und dass sich die Frage stellte, ob die Klägerin ihr bereits überlebensfähiges Kind in der 32. SSW im Mutterleib hätte töten lassen. In diesem Zusammenhang sei auf § 218a

Abs. 2 Strafgesetzbuch hingewiesen, dass ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Erkenntnis straflos bleibt, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden. Dies war im vorliegenden Fall nicht gegeben. Es stand nicht fest, dass das Kind überhaupt mit einer Behinderung geboren werden würde. Zudem ist zu beachten, dass der Grad der zu verlangenden Wahrscheinlichkeit von der Schwere der zu befürchteten Schäden abhängt.

Der letzte Sitzungsteil befasste sich mit der Frage, was Patienten bei der Beurteilung und der Behandlung ihrer Gesundheitsstörungen z. B. bei strittiger Erwerbsminderung zur Erlangung von Rentenbezügen oder auch nach geltend gemachten (psychischen) Schädigungsfolgen zuzumuten ist. Es ging hierbei um das Spannungsfeld der sog. zumutbaren Willensanspannung und der „Rentenneurose“; beides sind rechtlich und nicht medizinisch geprägte Begriffe. Die Thematik wurde aus sozial- (Referent: RiLSG Jörn Hökendorf, Ministerium der Justiz, Brandenburg), zivilrechtlicher (Referent: VRIOLG Dr. Dirk Schwerdtfeger, OLG Thüringen, Jena) und ärztlicher Sicht (Referent: Prof. Dr. Andreas Stevens, Medizinisches Begutachtungsinstitut Tübingen-Berlin) betrachtet. Aus sozialrechtlicher Sicht kann zusammenfassend festgestellt werden, dass keine Unterschiede zwischen psychischen und organischen Erkrankungen bestehen. Dennoch gilt auch hier das Kriterium der zumutbaren Willensanspannung, d. h., dass der Antragsteller aufgefordert ist, ihm zumutbare Behandlungen zu unternehmen, um einen eventuellen Rentenanspruch zu verhindern. Bei einer fehlenden Behandlung können sich Probleme bei der Beweiswürdigung ergeben. Für die Rentenversicherung besteht somit die allerdings begrenzte Möglichkeit, eine Mitwirkung des Antragstellers einzufordern. Entgegen dem Sozialrecht sind die vom Bundessozialgericht vor gut 60 Jahren geprägten Begriffe „Rentenneurose“ und

„zumutbare Willensanspannung“ im Zivilrecht ungebräuchlich. Hier sind die Begriffe „Begehrenshaltung“ oder „Begehrensneurose“ und die gebotene Mitwirkung an der Behebung oder Linderung gesundheitlicher Beschwerden die korrekten Formulierungen. Zivilrechtlich ist zu berücksichtigen, dass unter bestimmten Umständen die Höhe und eventuell sogar das Bestehen eines zivilrechtlichen Anspruchs auch vom eigenen Verhalten des Anspruchstellers abhängen. Dabei hat die Mitwirkungspflicht auch ihre vertraglichen und gesetzlichen Regelungen. Aus ärztlich-gutachterlicher Sicht ist die zumutbare Willensanspannung auf das gegenwärtig messbare Leistungsvermögen und die Prognose – was kann durch Therapie erreicht werden? – bezogen. Anspannung entspricht einer sog. Anstrengungsbereitschaft. Allerdings ist die Behandlungsmotivation aus medizinischer Sicht oft nicht beurteilbar, und eine unterbliebene Behandlung schließt nicht aus, eine vorhandene Gesundheitsstörung als Krankheit einzuordnen. In dem Referat von Prof. Stevens wurde daher aus medizinisch-gutachterlicher Sicht insbesondere auf die Notwendigkeit abgestellt, dass die beklagten gesundheitlichen Defizite im Hinblick auf die streitgegenständlichen Beeinträchtigungen (wie z. B. Erwerbsminderung oder Schädigungsfolge) durch Untersuchungsbeefunde zu belegen seien, was auch eine entsprechende Leistungsbereitschaft seitens des Probanden erfordere. Im Rahmen der hiesigen Darstellung der Referate ist es unmöglich, die vielfältigen Aspekte und die Komplexität der Sachverhalte umfassend aufzuzeigen. Es wurde deutlich, dass demselben grundsätzlichen Sachverhalt z. T. mit völlig unterschiedlichen Überlegungen begegnet werden kann. Entsprechend lebhaft und intellektuell anspruchsvoll waren die Diskussionen der Referate.

Für die Veranstaltungsreihe Arbeitskreis Ärzt:innen und Jurist:innen der AWMF und im Namen der DGCH

Joachim Jähne

Eröffnungsrede zum

141. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DCK 2024



Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024
Direktorin der Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Köln (AöR)
Anke.kreusch@uk-koeln.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, meine sehr geehrten Damen und Herren,

die aktuellen Zeitgeschehnisse der letzten drei Jahre führen dazu, dass die Weltpolitik zunehmend unruhiger wird. Unsere wichtigsten Werte wie Frieden, Freiheit und gesundheitliches Wohlergehen jedes Einzelnen in den westlichen demokratischen Ländern sind auf einmal gefährdet und nicht mehr selbstverständlich gegeben.

Die Menschen sind verunsichert und damit zunehmend skeptisch gegenüber Veränderungen im Leben.

Nun steht uns aktuell im Gesundheitssystem eine längst überfällige Reform bevor. Die deutsche Krankenhauslandschaft wird geprägt sein durch tiefgreifende Strukturreformen mit Zentralisierung hoch spezialisierter Medizin, zunehmender Ambulantisierung mit notwendiger transsektoraler Zusammenarbeit

sowie flächendeckender Digitalisierung. Das wird zu massiven Veränderungen bei allen Beteiligten im Gesundheitssektor führen.

Im 152. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zählt in Anbetracht dieser anstehenden Veränderungen mehr denn je der Zusammenhalt innerhalb unserer Gesellschaft, um gemeinsam die notwendigen gesundheitspolitischen Reformen beratend zu flankieren.

Ich gehe soweit und sage, nur zusammen haben wir überhaupt eine Chance, in der Landes- und Bundesgesundheitspolitik auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden und können so dazu beitragen, die zukünftige medizinische Versorgung unserer Gesellschaft sicherzustellen.

Gemeinsam müssen wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte, nicht verloren gehen,

DCK 2024 ERÖFFNUNGSREDE

und dass Fortschritt nur durch Wissenschaft und Forschung zustande kommt. Wissenschaftsnahe Medizin wird immer den Anspruch haben, Therapien zu verändern beziehungsweise zu verbessern. Wissenschaftsnahe Medizin ist aber auch Innovation und Wertschöpfung.

Zurzeit versorgen knapp 6 Millionen Beschäftigte tagtäglich mit großem Engagement bestmöglich Patientinnen und Patienten. Bestmöglich heißt dabei aber, so gut wie es die Rahmenbedingungen zulassen, die geprägt sind durch Fachkräftemangel, unausgereifte Digitalisierung verbunden mit unstrukturierter transsektoraler Patientensteuerung. Wie kaum ein anderer Wertschöpfungssektor steht unser Gesundheitssystem vor tektonischen Verschiebungen im Kontext von demographischem Wandel, Digitalisierung und patienten-zentrierter Versorgung.

Bund und Länder können sich nur schwer auf den richtigen gemeinsamen Weg einigen und diskutieren viel – sicher wichtig – aber verlangsamen damit den schon längst überfälligen Prozess der Reformierung.

Besonders bedrückend ist dabei, dass in vielen Krankenhäusern die Existenzangst umgeht, dass eine bislang nicht da gewesene Insolvenzwelle heranrollt. Insofern sind sämtliche Reformvorhaben in unserem Gesundheitssystem auch große Sozialprojekte.

Zukünftig werden alle chirurgischen Fächer durch Einsatz modernster Technologie Next-Generation-Robotics, künstliche Intelligenz und virtuelle Realitäten geprägt sein. Das gelingt uns nur durch das Mitwirken einer **motivierten jüngeren Generation in Forschung und Entwicklung** dieser Technologien in Zusammenarbeit mit den industriellen Partnern.

Wie gelingt uns aber in Zukunft eine Krankenversorgung, die patienten-, bedarfs- und evidenzbasiert ist, die den demographischen Wandel berücksichtigt, die sich klinisch und wissenschaftlich international vorzeigen lässt und den Nachwuchs motiviert und fördert?

Das ist eine Mammutaufgabe. Ja, aber wir müssen sie gemeinsam angehen.

Eine ganz entscheidende Rolle spielt dabei der medizinische Nachwuchs. Die große Frage ist: wird es in Zukunft noch genügend motivierte Chirurgeninnen und Chirurgen geben, um unsere Patienten qualifiziert zu versorgen? Was müssen wir bieten, um Studierende von der operativen Medizin als Berufswahl zu begeistern?

Fragt man Medizinstudierende welche Facharztweiterbildung definitiv nicht in Frage kommt, so ist es Stand 2020 Chirurgie, Ortho/Unfall und Psychiatrie.

Wer oder was ist verantwortlich für diese Entwicklung? Die vereinfachte Antwort ist immer: die schlechten bzw. harten Arbeitsbedingungen. Es ist aber wesentlich vielschichtiger. Befinden wir uns nicht auch mitten in einem Generationenkonflikt zwischen Baby-boomern/GenX vs. GenY/GenZ und wenn ja, wie kommen wir da heraus?

Ich möchte zu diesem Thema meine Gedanken ein wenig mit Ihnen teilen.

Denkt man über die vielschichtigen Zusammenhänge nach, kommt man vielleicht auch zu der Frage: liegt es ggfs. auch daran, dass den nachkommenden Generationen oder dem heutigen Zeitgeist in der Medizin so etwas wie Wettkampfbereitschaft fehlt oder anders: ist Wettkampf ggfs. gar nicht mehr notwendig – entsprechend wird er auch nicht

mehr „erlernt oder vermittelt“ – und wird als das traditionelle Erfolgskonzept der alten Hierarchien abgetan.

Definitionsgemäß bedeutet Wettkampf oder Wettstreit **lediglich die Auseinandersetzung um die beste Leistung** in vielen Bereichen des Lebens, das kann sportliche, künstlerische, wirtschaftliche, politische oder andere kulturelle Leistungen betreffen.

Herman Nohl, ein bedeutender deutscher Philosoph und Pädagoge aus Göttingen, konstatiert, dass Wetteifer eine pädagogische Kategorie ist, die sich im frühesten Kindesalter manifestiert. Wettkampfbereitschaft liegt also tief in uns verwurzelt.

Ich würde gerne die Definition „Auseinandersetzung um die beste Leistung“ um das Wort „spielerisch“ ergänzen, denn das verbinde ich mit „Wetten“.

Wettkämpfe fanden bereits in prähistorischen Gesellschaften statt. Das beste Beispiel für Wettkämpfe ist natürlich die Olympischen Spiele der Antike, die seit 776 v. Chr. in Griechenland dokumentiert wurden und bis heute die Krönung des sportlichen Wettbewerbs sind.

In Deutschland gibt es jetzt öffentliche Diskussionen um die Bundesjugendspiele, heftige Diskussionen, da nicht alle Jugendlichen den 1. Platz im 100-Meter-Lauf machen können, und das wird als ausgrenzend empfunden. Ist diese Diskussion wirklich förderlich?

Es stellt sich dann aber auch die Frage: hat uns Wettkampf in der Medizin eigentlich weitergebracht?

Ich denke auf jeden Fall. Hier ein paar Beispiele:

DCK 2024

ERÖFFNUNGSREDE

1. Der Wettlauf um die Entdeckung der DNA-Struktur (Watson, Crick, Franklin, Wilkins) führte zur Entdeckung der Doppelhelix-Struktur.
2. Die Suche nach einem Impfstoff gegen Polio war erfolgreich und führte schließlich zur fast vollständigen Ausrottung der Erkrankung.
3. Die Entwicklung von Organtransplantationen: In den 1960er und 1970er Jahren gab es einen intensiven Wettbewerb zwischen Chirurgen und Forschern um die Entwicklung und Verfeinerung der Organtransplantation, insbesondere von Niere, Leber und Herz. Dieser Wettbewerb trug dazu bei, dass die Organtransplantation zu einer der erfolgreichsten Behandlungsoptionen für viele Patienten wurde.

Welche Attribute gehören denn generell zur Wettkampfbereitschaft in allen Bereichen des Lebens und auch der Medizin?

Ich zitiere das ein oder andere Wort, Sie haben es sicher bereits einmal gehört oder diese Worte sind in Zielgesprächen mit Vorgesetzten gefallen:

- Zielstrebigkeit und Engagement
- Entschlossenheit, Ausdauer und Standhaftigkeit
- Flexibilität, Bereitschaft neue Wege zu gehen
- Teamgeist: Die Bereitschaft, mit anderen zusammenzuarbeiten und die Fähigkeit, sowohl zu führen als auch zu folgen
- Selbstreflexion, reelle Selbstwahrnehmung: die Fähigkeit, die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen, um sich kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Negativ betrachtet ist Wettkampf nur durch persönliche Eitelkeiten motiviert. Im Kontext des Wettkampfes bemühen sich Menschen

besonders stark, besser abzuschneiden als andere, um ihr eigenes Selbstwertgefühl zu stärken oder sich gegenüber anderen überlegen zu fühlen.

Positiv betrachtet wird Wettkampfbereitschaft gesehen als Streben nach persönlicher Exzellenz oder Verbesserung und vor allem Spaß an der Herausforderung.

Die kritische Frage ist nun, inwieweit Wettkampfbereitschaft zwingend notwendig ist, um Exzellenz in der Medizin – insbesondere in der Chirurgie – zu erreichen.

Exzellenz in der Medizin kann durchaus möglich sein, auch ohne direkten Wettkampf gegeneinander im herkömmlichen Sinne, ohne dass ein direkter Wettkampf zwischen einzelnen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen stattfinden muss.

Ein Beispiel aus der Wissenschaft ist das Team Ugur Sahin und Özlem Türeci, mittlerweile die Firma BioNTech, ein gemeinsamer, nicht untereinander konkurrierender Erfolgsweg in der Entwicklung von mRNA-Technologien und insbesondere dem COVID-19-Impfstoff. Gleichzeitig zeigt ihr gemeinsamer Lebensweg aber auch, dass inhaltlicher Wettkampf wesentliche Triebkraft für bahnbrechende Innovationen in der Medizin ist. Das Ehepaar wurde zusammen 2021 von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt.

Der medizinische Nachwuchs stellt sich heutzutage möglicherweise weniger einem direkten Wettkampf, weil sich die Dynamik in unserem Gesundheitssystem verändert hat. Früher war die Medizin noch hierarchischer strukturiert, es gab wenige Stellen für viele Bewerber, entsprechend war der Wettbewerb um begrenzte Stellen sehr intensiv und notwendig.

Heutzutage gibt es zunächst einmal wesentlich weniger Bewerber auf deutlich mehr attraktive Stellen, das heißt, Wettkampf um eine Stelle ist gar nicht mehr notwendig, Karriere ergibt sich von allein und existentielle Sorgen gibt es sowieso kaum.

Und damit komme ich erneut zu der eingangs gestellten Frage: Sind vornehmlich die Millennials also Generation Y und im weiteren dann auch die Generation Z weniger wettkampfwillig und dann – brauchen diese nachkommenden Generationen Wettkampf zukünftig überhaupt für exzellente operative Medizin?

Die Lebensweise und der Zeitgeist der Generationen Y und Z baut mehr auf kooperativen Ansätzen auf als auf interindividuellem Einzelwettkampf, um Ziele zu erreichen. Es wird viel mehr Wert auf Selbstverwirklichung und ein ausgewogenes, persönliches Leben gelegt. Wettbewerb wird eher als störend und hinderlich für die persönliche Entwicklung und die Lebensqualität empfunden.

Und sie sind gegenüber uns – und damit meine ich Babyboomer und Generation X – in digitalen Welten aufgewachsen und haben eine Vorliebe für soziale Medien. Diese Technologien fördern eine Kultur der Vernetzung und des Teilens.

Unsere Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren zudem deutlich geändert, und zwar bedingt durch die Corona-Pandemie, nämlich zu flexiblen Arbeitszeiten und Remote-Arbeit.

Auch das kann dazu beitragen, dass junge Menschen weniger Wettkampfdruck verspüren. Sie arbeiten projekt-basiert auf inhaltliche Ziele hin und stehen weniger in direkten Wettbewerb gegeneinander.

DCK 2024

ERÖFFNUNGSREDE

Ein Grund der geringeren Wettkampfbereitschaft ist, dass die nachkommenden Generationen erziehungsbedingt verlernt haben, mit Misserfolgen umzugehen und entsprechend Wettkampf meiden.

Ursachen dafür sind mangelnde Resilienzentwicklung oder auch das Aufwachsen in einer Welt der sofortigen Belohnungskultur in den sozialen Netzwerken.

Der norwegische Ex-Handballspieler Anders Indset stellt am Beispiel des so genannten Wikinger-Kodex dar, warum seiner Meinung nach norwegische Sportler so erfolgreich sind. Der „Wikinger-Kodex“ beschreibt eine neue, wertebasierte Leistungskultur in Norwegen in Sport und Wirtschaft, die Hochleistung mit Sinnstiftung zusammenbringt und **ganz klar Leistung als etwas sehr Wichtiges erachtet und vor allem mit Spaß assoziiert.**

In Hinblick auf die Zukunft der Chirurgie und die vielleicht nicht mehr so ausgeprägte Wettkampfbereitschaft für Exzellenz müssen wir uns also die folgenden Fragen stellen:

Wie schaffen wir es denn nun, die notwendige Anzahl hochqualifizierter Chirurginnen und Chirurgen zu entwickeln, um auch zukünftig den Bedarf einer exzellenten chirurgischen Versorgung unserer Bevölkerung zu decken?

Ich denke, wir müssen uns zum einen auf den neuen Zeitgeist einlassen – ich spreche hier jetzt absichtlich nicht mehr von den Generationen – und akzeptieren, dass es verschiedene Wege zum Erfolg und zu exzellenter Leistung gibt und nicht nur die althergebrachte Art der Leistungserbringung durch herkömmlichen Wettkampf gegeneinander um individuelle Anerkennung, Karriere oder Macht der Schlüssel zum Erfolg ist.

Bislang konnten die Vertreter des neuen Zeitgeistes – also die Millennials und die Generation Z – ja auch nur rudimentär beweisen, dass auch Wege ohne Wettkampf erfolgreich sein können.

Es ist unsere Aufgabe, den Nachwuchs so zu fördern, dass wir angepasst an den Zeitgeist, der eher auf Teamarbeit und kollegialem Austausch, als auf der Positionierung einzelner Wettkampfsieger basiert, die Leistungsfähigkeit der nachkommenden Generationen sicherstellen.

Das heißt, wir müssen unsere Konzepte der Leistungserbringung modernisieren, umdenken und an den Zeitgeist des Nachwuchses anpassen.

Des Weiteren benötigen wir auch klare Konzepte, um die sicher mangelnde Resilienz des Nachwuchses zu stärken. Wettkampf-atmosphäre gegeneinander und wohl-mögliche Misserfolge sind sicher nicht die Lösung.

Ganz entscheidend sind moderne, transparente Führungsstrategie mit klaren Strukturvorgaben und Routine-abläufen, Zusammenhalt im Großen und Kleinen – Loyalität untereinander – und psychologische Sicherheit mit gegenseitigem Verantwortungsgefühl.

Wer Leistung fordert, muss Sinn geben! Das sagt der international anerkannte Dirigent Gernot Schulz, ein Berliner Philharmoniker sowie ehemaliger Assistent von Leonard Bernstein. Wer kann es besser beschreiben als ein Dirigent eines Orchesters!

Nur wenn das gemeinsame Ziel für jeden überzeugend veranschaulicht wird, identifizieren sich Mitarbeiter mit ihren Aufgaben. **Und wenn sie das tun, entwickeln sie**

die Leidenschaft und Hingabe mit Lust auf Höchstleistung – auch ohne Wettkampf.

Auf der anderen Seite wird es meiner Ansicht nach klare „rote Linien oder nie zu ändernde Umstände“ für den Nachwuchs in den operativen Fächern geben.

Die Aus- und Weiterbildung in den operativen Fächern der Medizin ist naturgemäß mit einer höheren physischen und psychischen Belastung gepaart. Gefordert ist ein hohes Maß an Resilienz und Verantwortungsbewusstsein jedes einzelnen und einen notwendigen, strengen Ethik-Kodex. Das wird man nicht ändern können und die Bereitschaft dazu muss vorhanden sein.

Bitte verzeihen Sie mir den flapsigen Ausdruck: das Whippeln lernt man nicht im Homeoffice!

Es muss also beim Nachwuchs ein gesundes Maß an individuellem Antrieb und Leidenschaft geben, um die gewünschte exzellente Qualität in den operativen Fächern zu erreichen. Diese Leidenschaft wird zu Gunsten der operativen Fächer aktuell richtig geboostert durch die Entwicklungen in der Medizintechnik wie Robotic, KI und VR, das fasziniert den Nachwuchs, der in digitalen Welten und mit virtuellen Realitäten groß geworden ist.

Ich möchte abschließend betonen:

wir brauchen weiter ausgewogene Wettkampfbereitschaft unter dem Nachwuchs, gerne im Team, der inhaltlich getrieben ist und nicht primär durch Eigeninteresse, Karriereziele und Streben nach Macht und Anerkennung.

Das ist ein Appell an den Nachwuchs! Wettbewerbs-elemente in der Medizin wie Exzellenz-getriebene Vergabe von Forschungsgelder

DCK 2024 ERÖFFNUNGSREDE

müssen bleiben, um Spitzenforschung in der Medizin und im Besonderen in der Chirurgie voranzutreiben. Und ich zitiere erneut den Wikinger-Kodex: Hochleistung macht Spaß!

Wir Aus- und Weiterbilder müssen uns aber mehr denn je auf den Zeitgeist des Nachwuchses einlassen und entsprechend angepasste Voraussetzungen zur Weiterbildung schaffen.

Wir sollten Teamgeist fördern und Wettkämpfe untereinander reduzieren. Und das ist ein Appell an uns: Wir sind verantwortlich für die Attraktivität einer Facharztausbildung in der Chirurgie und nicht ausschließlich das Klinikum, der Krankenhausträger, das Land, die Ärztekammern usw.

Wir alle müssen mehr für die Entbürokratisierung in unseren Institutionen kämpfen

und eine positive Innovationskultur und eine risikobereitere, unternehmerische Denkweise fördern.

Das motiviert den Nachwuchs neben sinngebender Arbeit, transparenter Führungsstruktur sowie positionellen Perspektiven mit Sichtbarkeit in unserer chirurgischen Gemeinschaft.

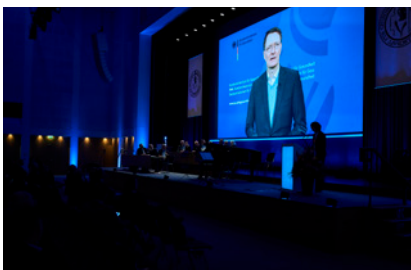


DCK 2024 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Geschäftsführender Vorstand der DGCH



Videobotschaft von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach



Grußwort: Dr. Martina Münch, Bürgermeisterin und Beigeordnete für Soziales, Gesundheit und Vielfalt



Grußwort: Prof. Dr. Henri R. Ford, Präsident des American College of Surgeons

DCK 2024

BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Grußwort: Prof. Dr. P. Piso, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie



Grußwort: PD Dr. B. Ludwikowski, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Grußwort DGCH: Prof. Dr. C. Bruns, Präsidentin der DGCH



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. F. Michelassi



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. R. van Hillegersberg



Senator: Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen



Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung: M. Sc. S. Wrublewsky & PhD P. Vasudevan



Poster-Preis: Dr. J. P. Hölzen



Gastvortrag: Prof. Dr. L. Maier-Hein

DCK 2024

141. KONGRESS DER DGCH

ÜBERBLICK VERGABE VON PREISEN, STIPENDIEN UND EHRUNGEN DER DGCH

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Richard van Hillegersberg, (Utrecht/ Niederlande)	Für seine Verdienste um die Roboter assistierte minimal-invasive Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts. Bis zum heutigen Tag engagiert sich Herr Prof. van Hillegersberg für die klinische und wissenschaftliche Weiterentwicklung der Roboterchirurgie sowie die Aus- und Weiterbildung vieler Viszeralchirurgen in diesem Bereich.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. Fabrizio Michelassi (NYC, USA)	Für seine Verdienste im Ausbau der deutsch-amerikanischen Kooperation in der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie sowohl im klinischen als auch wissenschaftlichen Bereich. Bis zum heutigen Tag engagiert sich Herr Prof. Michelassi für den regelmäßigen Austausch der Deutschen und amerikanischen Fachgesellschaften in der Chirurgie und fördert zudem klinische und wissenschaftliche Kooperationsprojekte junger Chirurgen in beiden Ländern.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als Präsident im Jahr 2019/2020.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Joachim Jähne	für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft, insbesondere in der Herausgabe unseres Online-Journals „Innovative Surgical Sciences“.
Werner-Körte-Medaille in Silber	Dr. Adelheid Liebendörfer	für die stetige Unterstützung der DGCH.
Siegel der DGCH	Dr. Bernadette Klapper	die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Dr. Klapper mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	Corza Medical GmbH	Für die langjährige, loyale und engagierte Unterstützung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie! Das Unternehmen hat damit in hervorzuhebender Art und Weise zum Gelingen der Fort- und Weiterbildung in den chirurgischen Fachgebieten beigetragen.
Von-Langenbeck-Preis	PD Dr. Dr. Lena Conradi	für die wissenschaftliche Arbeit: „Molecular differences of angiogenic versus vessel coopting colorectal cancer liver metastases at single-cell resolution“.
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Hans-Jürgen Schlitt	für seine Verdienste um die chirurgische Onkologie und die Transplantationschirurgie. Mit seinem unermüdlichen Einsatz hat Prof. Schlitt international anerkannte Maßstäbe und Standards gesetzt.

DCK 2024

141. KONGRESS DER DGCH

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Edgar-Ungeheuer-Preis	PD Dr. med. Jörg Dickschas	für die wissenschaftlichen Arbeit: «Patellaosteotomie kombiniert mit modifizierter Trochleoplastik als Therapie der permanenten Patellaluxation in Beugung».
Leonhard-Schweiberer-Medaille	Dr. Besmellah Shewamal	als Ehrung dafür, dass er sich um die Förderung der Chirurgie in ärmeren Ländern verdient gemacht hat.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	M. Sc. Selina Wrublewsky Universitätsklinikum Saarland, Homburg/Saar	für die wissenschaftliche Arbeit: „Co-transplantation of pancreatic islets and microvascular fragments effectively restores normoglycemia in diabetic mice“.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	PhD Praveen Vasudevan Universitätsmedizin Rostock	für die wissenschaftliche Arbeit: „CCR2 macrophage response determines the functional outcome following cardiomyocyte transplantation“.
Video-Film-Preis	PD Dr. Felix Nickel	für die wissenschaftlichen Beitrag: «Robotische partielle Pankreatoduodenektomie mit TRIANGLE-Clearance-Technik zur Verringerung lokaler Rezidive bei Neoplasien im Pankreaskopfbereich».
Posterpreis	Dr. Jens Peter Hölzen	für die wissenschaftliche Arbeit: «Enhancing R0-Resection Rates: Comparative Analysis of Robotic-Assisted Thoracoscopic Ivor Lewis Esophagectomy (RAMIE) Versus Open Transthoracic Approaches at a High-Volume Center».
Fritz-Linder-Preis	Dr. Friederike Martin	für die wissenschaftliche Arbeit: „Aging is transferable: Old Organs Accelerate Aging and Induce Senescence in Young Recipients“.
Karl-Storz-Preis	PD Dr. Lars Schiffmann	für die wissenschaftliche Arbeit: „Laparoscopic ischemic conditioning of the stomach prior to esophagectomy induces gastric neo-angiogenesis“.
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	Dr. Stanislav Litkevych	
Felicien-Steichen-Preis	Prof. Dr. Tim O. Vilz	

DCK 2024 PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten

2025/ 26



Prof. Dr. med. Jens Werner, MBA
Direktor, Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
LMU-Klinikum, Universität München
Stellv. Direktor CCC LMU München

CURRICULUM VITAE UNIV.-PROF. DR. MED. JENS WERNER, MBA

FUNKTIONEN

Direktor, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
LMU-Klinikum, Universität München
Stellv. Direktor CCC LMU München

AKADEMISCHER LEBENS LAUF/ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT:

1986–1993	Studium der Humanmedizin in Heidelberg, Birmingham, Baltimore
1993	Promotion, Universität Heidelberg (Prof. Dr. Niethard)
1995–1997	Research Fellowship, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA
2000	Facharzt für Chirurgie
2001	Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“
2001	Habilitation, Universität Heidelberg (Prof. Dr. Herfarth)
2002–2013	Oberarzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
2004	Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“
2004	Schwerpunktbezeichnung „Viszeralchirurgie“
2005–2007	Studiengang „Executive MBA in Health Care Management“ Universität Trier, Salzburg und Marburg
2007	Master of Business Administration (MBA), Health Care Management
2010	Geschäftsführender Oberarzt
2007–2013	Leiter der Sektion Pankreaschirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
2011–2013	Stellvertretender Leiter der Sektion Transplantationschirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
2012	Leitender Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
seit 2014	Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Großhadern und Innenstadt.
seit 2014	Mitglied des Fakultätsrates der Medizinischen Fakultät der LMU
seit 2018	Stellv. Direktor des Comprehensive Cancer Centers LMU Leiter Viszeralonkologisches Zentrum der LMU Leiter Pankreaszentrum LMU

DCK 2024 PRÄSIDENTENWAHL

PUBLIKATIONEN

> 450 Originalpublikationen, > 145 Übersichtsarbeiten, > 75 Buchartikel, > 50 andere Beiträge; H-Index 73

FUNKTIONEN IN WISSENSCHAFTLICHEN GESELLSCHAFTEN UND INSTITUTIONEN

Editorial Board Mitglied: Annals of Surgery, Langenbecks Archives of Surgery, Der Chirurg, Visceral Medicine, Innovative Surgical Sciences, Intensivupdate, MMW, Zentralblatt für

Chirurgie, Oncological Research and Treatment, Zeitschrift für Gastroenterologie

MITGLIED U. A. FOLGENDER WISSENSCHAFTLICHER FACHGESELLSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS)

- Deutsche Transplantations-Gesellschaft (DTG)
- International Association of Pancreatology (IAP)
- European Pancreatic Club (EPC)
- Deutscher Pankreasclub (DPC)
- International (IHPBA) and European (EHPBA) Hepato-Pancreato-Biliary Association
- Vereinigung Bayerischer Chirurgen (VBC), Mittelrheinische Chirurgen Vereinigung (MCV)
- Mitglied verschiedener Leitlinienkommissionen der DGAV, DGVS seit 2008

ZUSÄTZLICHE FUNKTIONEN (AUSZUG)

seit 2007	Mitglied der "European Study Group for Pancreatic Cancer (ESPAC)"
seit 2008	Member Executive Board International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS); Chair since 2023
2007–2010	Vorstand Deutscher Pankreas Club (DPC); Präsident 2009
2009–2014	Sprecher AG Pankreas DGVS (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen)
seit 2009	Wissenschaftlicher Beirat des AdP e. V. – Bauchspeicheldrüsenerkrankte, Bonn
seit 2014	Vorsitzender, AG Gastrointestinale Tumore, Tumorzentrum München (TZM)
seit 2014	Mitglied Wissenschaftlicher Beirat; Wilhelm Sander-Stiftung
seit 2015	Council Member, International Association of Pancreatology (IAP)
seit 2015	Ausschuss der Vereinigung Bayerischer Chirurgen (VBC); Vorsitzender VBC 2016
seit 2016	Mitglied Wissenschaftlicher Beirat, Bundesärztekammer (BÄK)
seit 2018	Mitglied Geschäftsführender Vorstand Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
seit 2020	Mitglied Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV); Vorstandsmitglied in den AG der DGAV: ACO, CAROBIN; Präsident DGAV 2022/2023

DCK 2024 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN VOM DCK 2024



BILDERGALERIE ZUM PRÄSIDENTENEMPFANG



Werner Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. J. Jähne



Von-Langenbeck-Preis: PD Dr. Dr. L. Conradi



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. H.-J. Schlitt

ERÖFFNUNG DES PFLEGEKONGRESSES



Felicien-Steichen-Preis: Prof. Dr. T. O. Vilz



Siegel: Dr. Bernadette Klapper

BILDERGALERIE ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Geschäftsführender Vorstand



Bericht Präsidentin



Wahlleitung

DCK 2024 IMPRESSIONEN



BILDERGALERIE ZUM GESELLSCHAFTSABEND



Werner Körte-Medaille Silber: Dr. Adelheid Liebendörfer



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: Corza Medical GmbH



Leonhard-Schweiberer-Medaille: Dr. Besmellah Shewamal



Fritz-Linder-Preis: Dr. Friederike Martin



Karl-Storz-Preis: PD Dr. Lars Schiffmann



Reisetipendium zum Jahreskongress des American College of Surgeons: Dr. Stanislav Litkevych

FAREWELL-EMPFANG



DCK-Kongressteam der Universitätsklinik Köln



Video-Film-Preis: PD Dr. Felix Nickel

IMPRESSIONEN VOM ORGANSPENDELAUF



DCK 2025 EINLADUNG

Einladung zum DCK 2025 – Sichere Chirurgie für Alle



Prof. Dr. med. Udo Rolle
Präsident DGCH 2024/2025
info@dgch.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende und Angehörige des
Rettungsdienstes,

ich möchte Sie hiermit herzlich zum Deutschen Chirurgie Kongress 2025 einladen. Das Motto des DCK 2025 „Sichere Chirurgie für Alle“ soll drei wichtige Aspekte unseres chirurgischen Handelns reflektieren.

Zunächst bezieht sich die Forderung nach sicherer Chirurgie auf die Durchführung der operativen Eingriffe an sich, die unter der Anwendung von chirurgischen Checklisten orientiert an der WHO, Fehler vermeiden soll. Weitere wichtige Aspekte sind die korrekte Indikationsstellung, die von interprofessionellen Teams verifiziert werden sollte und die genaue Beurteilung der Behandlungsdringlichkeit. Dies ist von großer aktueller Bedeutung, da in vielen Kliniken die Ressource eines verfügbaren OP-Saales knapp ist.

Ein weiterer und besonders wichtiger Aspekt der sicheren Chirurgie für alle ist, dass wir darauf aufmerksam machen wollen, dass tatsächlich alle Patientinnen und Patienten, die einer Operation bedürfen, diese auch in einer angemessenen Umgebung und Zeit erhalten.

Ich denke da als Kinderchirurg an die kleinen Patienten, aber als Präsident der DGCH vor allem auch an die älteren, geriatrischen Menschen, PatientInnen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge und die oft vernachlässigte Gruppe der wohnungslosen und drogenabhängigen Menschen. Es gibt Hinweise darauf, die diese vulnerablen Gruppen einen teilweise eingeschränkten Zugang zur sicheren Chirurgie haben, was selbstverständlich durch viele Faktoren ausgelöst wird.

Der dritte Schwerpunkt des Mottos „Sichere Chirurgie für alle“ ist die globale Chirurgie. Dies ist bereits ein traditioneller Bestandteil des Deutschen Chirurgie Kongress.

In unserem Kongress DCK 2025 möchten ein attraktives wissenschaftliches Programm anbieten, aber auch Plattformen schaffen, um die Inklusion dieser vulnerablen Gruppen in die umfassende chirurgische Versorgung und Versorgung zu diskutieren und Lösungswege zu finden.

Ich möchte alle Chirurgeninnen und Chirurgen aufrufen, in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen die möglichen Faktoren zu identifizieren, die eine sichere Chirurgie für alle gewährleisten können.

In diesem Zusammenhang muss auch über Lösungen zur besseren Finanzierung der Versorgung dieser vulnerablen Gruppen nachgedacht werden. In der immer stärker ausgeprägten Ökonomisierung der Medizin allgemein und der Chirurgie im Besonderen müssen alternative und praktikable Programme zur Inklusion aller bedürftigen PatientInnen in eine sichere chirurgische Versorgung gefunden werden.

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie mit ihren Jahrestagungen an unseren Kongress beteiligt. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und zum wiederholten Male auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrstagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten.

Wir freuen uns mitteilen zu können, dass die Sektion Kindertraumatologie erstmalig ihre Jahrestagung im Rahmen des DCK 2025 abhalten wird. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie

DCK 2025 EINLADUNG

Kongresses abhalten, werden sich wieder aktiv in die Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen.

Ebenfalls beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten.

Die Attraktivität des gemeinsamen Deutschen Chirurgie Kongresses 2025 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitgliedsgesellschaften insbesondere darin, gemeinsam interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten, gemeinsame Sitzungen mit den Partnerfächern wie Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und Pathologie zu entwickeln und im Verbund die großen gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren. Themen, die uns alle interessieren sind die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, unsere ureigene chirurgische Forschung sowie auch berufspolitische Themen wie

Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen.

Für den chirurgischen Nachwuchs bietet der DCK ideale Netzwerke untereinander, einerseits für zukünftige Verbundforschungsprojekte und multizentrische, deutsche Studien, andererseits zur Schaffung einer grundlegenden Basis für die Team-orientierte, moderne Patientenversorgung im klinischen Alltag.

Hervorheben möchte ich die intensive Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig am DCK teilgenommen hat. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2025 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft und unserer chirurgischen Gemeinschaft ist.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener

Programntag mit verschiedenen Sitzungen veranstaltet. Dieser Sitzungstag ermöglicht fokussiert kurze Einblicke in das facettenreiche Fach Chirurgie und wurde bereits in den Jahren zuvor als wertvolle Erfahrung für die weitere berufliche Entwicklung seitens der Studierenden wahrgenommen.

Gastnation des 142. Deutschen Chirurgie Kongress 2025 ist die Türkei. Wir erwarten eine Partnerdelegation, die sich an den internationalen Sitzungen zu chirurgischen Themen wie auch gesundheitspolitischen Themen beteiligen wird.

Ich freue mich, Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH-Mitgliedsgesellschaften persönlich in München begrüßen zu können.

Prof. Dr. Udo Rolle
Präsident DGCH 2024/2025

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Robert E. Hermann, Bratenthal, Ohio/USA, Ehrenmitglied

Herr Prof. Dr. med. Klaus Balzer, Mülheim/Ruhr

Herr Dr. med. Dr. h.c. Klaus Peter Thon, Stuttgart

Herr Dr. med. Ulrich Bergmann, Ottobrunn

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Baden-Baden

Herr Dr. med. Klaus Geissler, Gräfelfing

Herr Dr. med. Sandor Kecskes, Berlin

***28.01.1929 †04.01.2023**

***28.04.1946 †26.12.2023**

***20.11.1944 †23.02.2024**

***30.06.1946 †23.03.2024**

***19.01.1948 †25.04.2024**

***22.11.1941 †12.04.2024**

***10.05.1934 †19.01.2023**

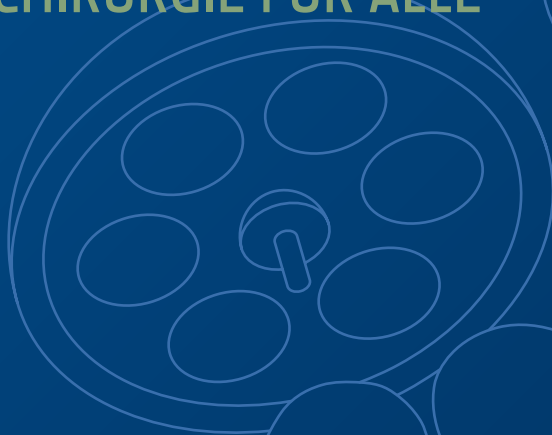


DCK 2025

Gemeinsam lernen und heilen

142. Deutscher Chirurgie Kongress
18. – 20. März 2025, DCK.digital
26. – 28. März 2025, ICM – Internationales
Congress Center München

SICHERE CHIRURGIE FÜR ALLE



www.dck2025.de

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2024

CCL Leipzig, 25.04.2024,
13.00–14.00 Uhr

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DIE PRÄSIDENTIN

Die *Präsidentin* eröffnet die Mitgliederversammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch fristgerechte Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Die vorliegende Tagesordnung wurde damit angenommen.

TOP 2: WAHLEN

Die *Präsidentin* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer vorgeschlagen:

Die Benennung des Wahlleiters (Prof. Dr. med. Hartwig Bauer) wurde durch die Mitglieder einstimmig bestätigt.

Die *Präsidentin* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der

Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen ausgehändigt. Die *Präsidentin* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. Schatzmeister:

Herr Prof. Dr. med. Johann Pratschke, Berlin

2. Vizepräsident 2024/25, dann Präsident 2026/27:

Herr Prof. Dr. med. Jens Werner, München

3. Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung:

Frau Dr. med. Beate Blank, Nürnberg

4. Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie:

Herr Dr. med. Sebastian Schaaf, Koblenz

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels anonymer Stimmabgabe.

Nach abgeschlossener Auszählung dankt die *Präsidentin* dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Johann Pratschke**, Schatzmeister ab 2024/2029 entfielen von 56 abgegebenen gültigen Stimmen 50 Ja-Stimmen (89 %), 5 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung.
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Jens Werner**, 3. Vizepräsident 2024/25 und dann Präsident 2026/27, entfielen von 56 abgegebenen gültigen Stimmen 52 Ja-Stimmen (93 %), 1 Nein-Stimme und 3 Enthaltungen.

2. Wahldurch die Mitgliederversammlung:

- Auf Frau **Dr. med. Beate Blank**, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung, entfielen von 56 abgegebenen gültigen Stimmen 54 Ja-Stimmen (96 %), 1 Nein-Stimme und 1 Enthaltung.
- Auf Herrn **Dr. med. Sebastian Schaaf**, Vertreter des Perspektivforum Junge Chirurgie, entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 54 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Enthaltung.

Die *Präsidentin* fragt die anwesenden Kollegen (Prof. Dr. Johann Pratschke, Prof. Jens Werner und Dr. Schaaf), ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Personen bedanken sich für das ihnen geschenkte Vertrauen. Dr. Beate Blank hat

DCK 2024

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

sich für ihre arbeitsbedingte Abwesenheit entschuldigt und mitgeteilt, dass sie die Wahl annehmen werde, sofern der Wahlvorgang positiv für ihre Person ausfallen sollte. Die *Präsidentin* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs für die anwesenden Kandidaten fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang.

TOP 3: BERICHT DER PRÄSIDENTIN

Die *Präsidentin* geht auf einige wichtige Punkte ihrer Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil ihres Berichtes liegt zum einen auf den Aktivitäten während ihrer Präsidentschaft und zum anderen auf dem 141. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* beginnt seinen Bericht mit einem Dank bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen. Im Nachgang stellt er seine Aktivitäten dar. Die Darstellung des aktuellen Diskussionstandes zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

(KHVVVG) findet in seinem Bericht eine besondere Bedeutung.

Die *Präsidentin* dankt im Anschluss dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der *Schatzmeister* beginnt seinen Bericht mit einem Dank an die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2023 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2024 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Die Kassenprüfer, Herr Prof. *Germer* und Herr Prof. *Köckerling*, berichten, dass Sie den Jahresbericht der DGCH rechtzeitig erhalten und keine Unstimmigkeiten gefunden haben, so dass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr Prof. *Berlien* stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2023. Die *Präsidentin* bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des

geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2023 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2023 entlastet.

Die *Präsidentin* dankt dem Schatzmeister für seine verdienstvolle Arbeit für die Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

TOP 6: VERSCHIEDENES

Die *Präsidentin* dankt allen Mitgliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft, sowie für den DCK und schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr. C. Bruns Präsidentin	Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen Generalsekretär	Prof. Dr. J. Werner Schatzmeister
--------------------------------------	--	---

Protokoll der
DGCH-Mitgliederversammlung 2024.
Passion Chirurgie. 2024 Juni; 14(06/II):
Artikel 06_10.



„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurgen“

Die Erstbeschreibung eines Verschlussikterus infolge eines inkarzerierten Papillensteines bei Choledocholithiasis durch den Chirurgen Rose 1785

Michael Sachs

In diesem Beitrag wird von einem bedeutenden, aber vergessenen Barbier-Chirurgen des 18. Jahrhunderts berichtet, der durch seine Beobachtungsgabe Bedeutendes geleistet hat, auch wenn er seine Entdeckung nicht publizierte und er daher keinen Beitrag zur Entwicklung der modernen Medizin geleistet hat.

Der Wundarzt Rose, dessen Vorname und seine Lebensdaten noch nicht bekannt sind, war Kammerdiener des Grafen Johann

Erdmann von Promnitz (1719–1785). Graf Promnitz war ein sehr reicher Großgrundbesitzer, der in der Lausitz (Sorau) und vor allem in Oberschlesien (Pless) begütert war. Durch den teilweise auf historischen Fakten beruhenden Roman des Schriftstellers Jakob Wassermann (1873–1934) „Die Geschichte des Grafen Erdmann Promnitz“ (1921) ist der schlesische Graf, der letzte Namensträger des gräflichen Hauses Promnitz, in die deutsche Literaturgeschichte eingegangen.



Prof. Dr. med. Michael Sachs
Komm. Leiter des
Dr. Senckenbergischen
Instituts für Geschichte und Ethik der
Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Str. 20-22
60590 Frankfurt am Main

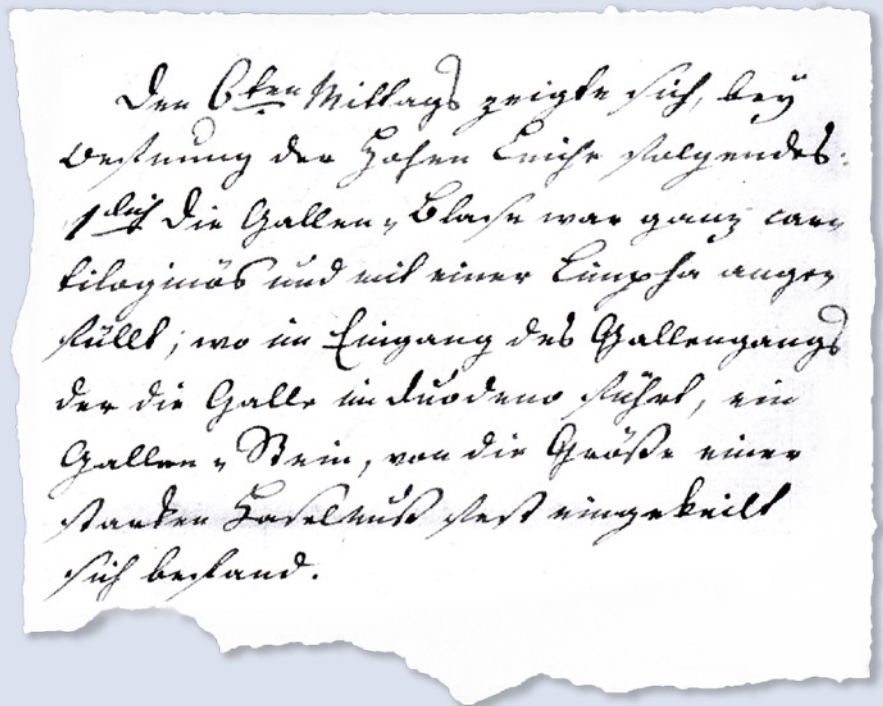


Abb. 1: Faksimile eines Ausschnittes aus dem Sektionsbericht des Chirurgen Rose über die Sektion der Leiche des Grafen Johann Erdmann Promnitz vom Juli 1785: Erwähnung eines in der Einmündung des Gallenganges in das Duodenum inkarzerierten, haselnußgroßen Gallengangsteines.

Der 66jährige Graf begab sich im Mai des Jahres 1785 mit einer kleinen Reisegruppe (bestehend aus Kammerdienern und einem Verwandten) auf seine letzte Reise. Ziel der Reise war die Schweiz, die die Reisegruppe über Straßburg erreichen wollte. Die Reise begann im Mai 1785 in Sorau (Lausitz). Über Köstritz, Stuttgart, Durlach erreichte der Graf Ende Juni die Stadt Kehl.

Im Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt [1] konnte die handschriftliche Epikrise des Chirurgen und Gräflich Promnitzschen Kammerdieners Rose über die letzte Behandlung vor dem Tode des Grafen im Juli 1785 aufgefunden werden. Die mehrseitige Epikrise („*Unterthänigster Krancken-Bericht Sr. Excell. des Heil. Röm. Reichs Grafen von Promnitz*“) und der Sektionsbericht geben uns einen interessanten Einblick in die (wund-)ärztliche Behandlung gegen Ende des 18. Jahrhundert. Folgen wir nun der Beschreibung Roses, der von einer Schwester des Grafen Johann Erdmanns als „*nicht allein sehr geschickt, sondern [auch als] ein sehr treuer Mann*“ bezeichnet wurde. Rose gehörte vermutlich zu den nicht akademisch ausgebildeten Handwerkschirurgen seiner

Zeit, die die Chirurgie noch als ein Handwerk bei einem Meister erlernen mussten.

Bereits während des Aufenthaltes in Stuttgart und Durlach Mitte Juni 1785 klagte der Graf über folgende Symptome: „*gelbe Farbe der Haut*“, „*Übelkeit*“, „*Brechreiz*“, „*Kopfschmerzen*“, „*bitterer Geschmack*“. Bei der körperlichen Untersuchung konnte der Chirurg Rose „*Fieber*“, „*Schüttelfrost*“, „*harter, voller Puls*“ und eine „*unreine und trockene Zunge*“ nachweisen.

Von Rose wurden folgende Diagnosen gestellt, nachdem er noch konsiliarisch den seinerzeit bekannten Arzt Prof. Dr. med. Ehrmann in Straßburg hinzugezogen hatte: „*Gärung der Galle*“, „*Resorption [der Galle] ins Blut*“ und „*Überfluß an Unreinigkeiten*“. Heute würden wir diese Symptome und Befunde bei sonographischen Nachweis von Gallenblasensteinen wohl als „*Cholangitis*“ oder als „*cholangiogene Sepsis*“ bezeichnen.

Der gräfliche Chirurg Rose schuldigte folgende Ursachen für die Erkrankung seines Herrn an: „*Anhäufung von Galle*“, die „*Sommerhitze*“,

Sachs M: Die Erstbeschreibung eines Verschlussikterus infolge eines inkarzerierten Papillensteines bei Cholechololithiasis durch den Chirurgen Rose 1785. *Passion Chirurgie*. 2024 Juni; 14(06/II): Artikel 06_11.

„Diät-Fehler“ und nicht zuletzt „die Erschütterung des Reisewagens“. Entsprechend den humoralpathologischen Vorstellungen seiner Zeit bestand die Therapie in Aderlässen, Applikation von Klystieren und Gabe von Medikamenten zum Auslösen von Erbrechen. Schließlich trat der Tod des Grafen unter „Fieber“, Schluckstörungen infolge „Schwämme“ im Rachen und „Steckfluss“ (alte Krankheitsbezeichnung für „Luftnot“, meist infolge „Brustwassersucht“) auf.

Bei der Sektion der gräflichen Leiche in Kehl am 6. Juli 1785 wurde ein in der Einmündung des Gallenganges in das Duodenum inkarzierter, haselnußgroßer Gallengangstein nachgewiesen (siehe auch **Abb. 1**):

„Den 6^{ten} mittags zeigte sich bei Oefnung der Hohen Leiche folgendes: ¹lich die Gallen=Blase war ganz cartilaginös¹ und mit einer Lümpha² angefüllt; wo im Eingang des Gallengangs der die Galle in duodeno führt, ein Gallen=Stein, von der Größe einer starken Haselnuß fest eingekleilt sich befand.

2^{ten} hatte die Krankheits Materie sich auch auf die Lungen und in Rachen [...] geworfen, allda fiel Entzündung und darauf erfolgten letzten Simtomata³ als Schwämme und Steckfluss erregt, die uns den Hochseeligen lieben Grafen raubten.

Sonst waren alle Eingeweide sowohl der Brust, als des Unterleibes von der besten Beschaffenheit und zeigten nicht die mindeste Spuhr einer Verhärtung oder sonstigen Fehlens; so, daß wenn sich dieser traurige Fall nicht ereignet, es S. Exzellenz noch eine ganze Reihe von Lebens=Jahren hätten zu erwarten gehabt.

Kehl d. 7^{ten} July 1785“.

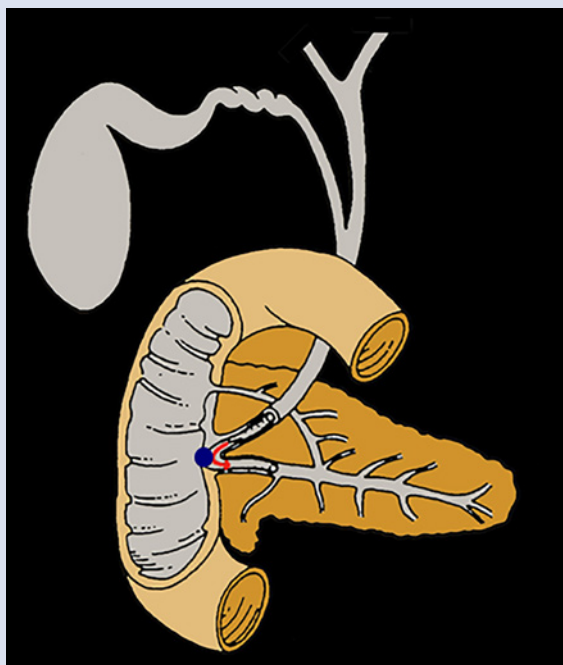


Abb. 2: Auslösung einer akuten Pankreatitis durch Reflux von Galle in den Ductus Wirsungianus infolge eines Verschlusses des gemeinsamen Ausführungsganges („common channel“) durch ein in der Papilla Vateri eingeklemmtes Gallenkonkrement [nach Opie 1901].

Es handelt sich also um eine frühe (möglicherweise die erste) Beschreibung eines Verschlussikterus infolge eines in der Papilla Vateri inkarzierten Gallengangsteines aus dem Jahre 1785. Bei Rose wird allerdings das Pankreas bzw. eine Entzündung desselben in seinem Sektionsbericht nicht erwähnt. Dieses Syndrom (Papillenstein, Verschlussikterus, Pankreatitis) wurde 1901, also erst 116 Jahre später, durch den amerikanischen Pathologen Eugene L. Opie (1873–1962) publiziert.⁴ Von Opie wurde dabei erstmals die Bedeutung eines inkarzierten Papillensteines für die Entstehung einer akuten Pankreatitis durch Rückfluss von Galle aus dem Gallen- in den Pankreasgang erkannt (**Abb. 2**). In den älteren Publikationen des Prager Arztes Jakob Johann Wenzels Dobrzensky von Nigro Ponte [Miscellanea Curiosa 1 (1670), p. 288f.] und in Albrechts von Hallers „Elementa

physiologica corporis humani“ [Bd. 6 (1764), Lib. XXIII, p. 589f] werden zwar die Obstruktion des Gallenganges durch Gallensteine mit Stauungsikterus, aber noch kein inkarzierter Papillenstein beschrieben.

QUELLEN

- [1] Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt, MD, Rep. H Stolberg-Wernigerode Rep. K. Nr. 471a, fol. 14^r -17^r [vor 1945 Fürstlich Stolberg'sches Archiv zu Wernigerode].
- [2] Sachs, M.: Der Tod des Grafen Johann Erdmann von Promnitz (1719–1785) an den Folgen eines inkarzierten Gallensteines – eine Analyse der Epikrise des behandelnden Chirurgen aus dem Jahre 1785. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin u. Naturwissenschaften 93 (2009), 230–234.

¹ d.h. die Gallenblasenwand war knorpelig verhärtet

² Lympha, d.h. es war weißliche Galle in der Gallenblase nachweisbar als Zeichen der Obstruktion des Gallen(blasen)ganges.

³ d.h. Symptomata

⁴ Opie, E.L.: The etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. John Hopkins Hosp. Bull. 12 (1901), 182–188.

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

Hier veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme für interessierte Chirurgen und Chirurgeninnen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ARMANI₁*				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 18130 F: 0351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	41 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg₂*				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 187 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- chirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 M: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: DISPACT-2_{3*}				
Registrierungsnummer: DRKS00014011				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 155 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC_{4*}				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 494 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SELREC_{5*}				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 5 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni- heidelberg.de
Studientitel: RECOPS_{6*}				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfre- sektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 218 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: MICKey_{7*}				
Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparos- kopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparos- kopische/ robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 15 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: P.E.L.I.O.N[®]				
Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 10 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [5] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [6] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [7] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICkey Studie
- [8] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure on incisional hernia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

* Diese Studien werden im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Dezember 2023

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Juli 2024

VORSTAND

Präsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
1. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
2. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
3. Vizepräsident	J. Werner, München
Schatzmeister	J. Pratschke, Berlin
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. Uhl, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	J. Heckenkamp, Osnabrück
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	H. Clusmann, Aachen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	M. Lehnhardt, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	T. Doenst, Jena
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	L. Hillejan, Ostercappeln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	S. Schaaf, Koblenz

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	C. Hauser, Kiel
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	M. Laschke, Homburg/Saar

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022
A. Seekamp, Kiel	2024

SPRECHER DER SENATOREN

P. Vogt, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

H.-J. Peiper, Göttingen	1987
W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg*	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
H.-J. Meyer, Hannover**	
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main	2020

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022